



Apple Health For Kids

為華盛頓的兒童和青少年提供護理

免費電話 1-877-543-7669

接線員於週一至週五上午 8 點至下午 5 點接聽來電，或者您今天就將申請表寄給我們！

您亦可從我們的網站上獲取相關資料：<http://www.AppleHealthForKids.wa.gov/>

華盛頓州社會與健康服務部 DSHS 22-394 CH (Rev. 2/09)

有數千名 19 歲以下青少年符合資格

Apple Health For Kids 為多種家庭的兒童和青少年提供承保。

- 單親家庭的青少年
- 雙親家庭的兒童
- 雙職工家庭的青少年
- 獨自生活的青少年
- 與祖父母、其他家庭或朋友 (19 歲以下) 一起居住的青少年

甚至目前患有疾病的兒童也符合申請資格。

哪類服務可獲得承保？

Apple Health For Kids 為兒童保持健康所需要的全部服務提供承保。若您的孩子符合申請資格，您將獲得有關如何獲取護理的詳細資料。

承保服務包括：

- 醫生和護士門診
- 醫院和急診護理
- 牙齒護理
- 處方
- 體檢及免疫接種
- 眼鏡和助聽器
- 物理治療及語言障礙矯治
- 家庭計劃
- 為赴門診提供交通服務
- 心理輔導及更多服務！

如何查詢我的孩子是否符合申請資格？

申請手續非常簡單，許多工薪家庭符合申請資格。在審核您的資格時，將審查您的收入、家庭人口數目（請務必包括即將出生的嬰兒）以及每月的某些支出。若要瞭解您的孩子是否符合申請資格，請採取以下簡單步驟。然後將您的月收入與下表比較。

步驟 1 寫下您的家庭月收入（稅前）

- 減去每月您支付的、與工作有關的兒童或成人護理費用。 \$ _____
- 減去您根據法庭命令每月向不在家中居住的孩子支付的全部贍養費。 - _____
- 為家中每位工作的成人減去 90\$。 - _____

步驟 2 比較後便知您是否符合申請資格

若您的家庭月收入接近於表中的數額，則您的孩子可能有資格獲得免費或低收費的健康保險！

許多人的收入較高，但仍符合申請資格。若您的收入高於此表中的數額，請致電 1-877-543-7669 瞭解詳情。

Number of People in Family (includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to \$2,708
2	up to \$3,643
3	up to \$4,578
4	up to \$5,513
5	up to \$6,448
More	Add \$935 for each additional family member

收入水平每年四月份更新一次。此表僅適用於為 19 歲以下的孩子申請健康保險。我們亦可向家庭和懷孕婦女提供護理計劃，但申請資格有所不同。請撥打免費電話 1-877-543-7669 瞭解詳情。

申請程序非常簡單！

1. 填寫本手冊隨附的申請表格。
2. 剪下申請表格頁。
3. 從申請表格頁上取下信封。
4. 在申請表上附上收入證明之副本。例如：
 - 最近 30 天的工資單存根；
 - 去年的營業稅申報表；或
 - 僱主出具的每月總收入證明信
5. 將申請表裝入信封。
6. 投入任何郵箱！不需要貼郵票。

多久後我的孩子可獲得健康保險？

- 兒童的免費健康保險將首先予以考慮。
- 您將在 6 週內收到信件，告知您此保險是否已獲批准。
- 孩子的參保申請獲得批准後，他們即可獲得醫療護理服務。
- 為了加快申請處理速度，請務必完整填寫申請表，並附上收入證明。
- 每過 12 個月會寄給您一份表格，用於為下一年度的保險續期。

Apple Health For Kids

保費低廉或免費

- 視您的收入而定。
- 兒童的免費保險將首先予以考慮。
- 保費按月收取，每個孩子每月保費低至 15\$。
- 若您有四個或四個以上孩子，您僅需繳納三個孩子的費用。
- 某些承保具有可追溯性，適用於過去最多三個月未支付的賬單。

若在您的社區中需要協助，請致電：



兒童醫療福利申請表

此申請表格僅用於為 19 歲以下兒童和青少年申請醫療保險。任何人都可為兒童申請福利。兒童亦可自己申請。我們將向表格 1 中所列之人士寄送後續資料。若您有任何疑問或填寫此表時需要協助，請致電 1-877-543-7669。我們非常樂意協助您！

請用黑色或藍色墨水及印刷體填寫。請勿使用鉛筆。(請列出接收後續資料的家長、監護人或聯絡人)

1 名字 中間名縮寫		姓氏		
2 您的居住地址		街道	城市	州
3 郵遞地址 (若不同)		街道	城市	州
4 電話號碼		5 您在讀、寫或講英語時，是否有困難? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
家庭電話 ()		您需要哪種語言或格式的資料? _____		
工作電話 ()		您是否需要口譯? (若需要，我們將安排口譯人員協助您。) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
留言電話 ()		您講哪種語言? _____		
		6 您家中是否有 19 歲以下子女患有需要立即治療的疾病? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
		您家中是否有人懷孕? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
		若「有」，是誰懷孕? _____		

一般資料

7 請列出居住在一起的家庭成員。(若需填寫更多家庭成員的資料，請另附紙張。)

姓名 (名、中間名、姓)	性別 男或女	與您的關係	出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼 * = 可選	美國公民 是 否	出生地點 (市/州)	若您的子女不是美國公民，請填寫此欄 請列出孩子到達美國的日期	孩子是否有資助者? 是 否
A. 家長、監護人或自己				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
B. 配偶或其他家長 (若住在家中)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. 請列出 (希望獲得醫療福利的) 19 歲以下兒童和青少年					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 請列出家中 (不希望獲得醫療福利的) 其他成人/兒童				*			注意：請附上所有證明兒童身份的文件。	
				*				

8 您家中是否有 19 歲以下的殘障孩子? 是 否
若「有」，是誰? _____

支出 此資料有助於您的孩子獲得入會資格。

9 您上班時是否支付託兒費? 是 否 若「是」，每月支付多少? \$ _____
您工作時是否付費請人照顧有殘障的成年被撫養人? 是 否 若「是」，每月支付多少? \$ _____

10 您是否根據法庭命令，向不在家中居住的孩子支付撫養費? 是 否 若「是」，每月支付多少? \$ _____

DSHS 14-380 CH (Rev. 7/08)



14380

收入 請輸入總薪資（扣稅或支出前）。

（請隨附最近 30 天的收入證明）

<p>11 家長的僱主姓名和電話號碼</p> <p>()</p> <p>12 最近 30 天您獲得的扣稅前或支出前的收入金額：</p> <p>\$ _____</p> <p>其中多少收入來自自僱職業？*</p> <p>\$ _____</p> <p>13 配偶（或在家中居住的另一位家長）的僱主姓名和電話號碼：</p> <p>()</p> <p>14 您的配偶（或在家中居住的另一位家長）最近 30 天獲得的扣稅前或支出前收入金額：</p> <p>\$ _____</p> <p>其中多少收入來自自僱職業？*</p> <p>\$ _____</p> <p><small>* 若您或您的配偶（或在家中居住的另一位家長）是自僱者，您還可能獲得其他稅額減免。如需詳細資料或者辦理申請手續方面的協助，請致電 1-877-543-7669。</small></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>其他家庭收入</th> <th>最近 30 天的收入金額</th> <th>這是哪一位家庭成員掙得的收入？</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 子女撫養費</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 贍養費</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 社會安全保險金</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 失業救濟金</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>19 投資收入/利息/股息</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 退役軍人福利金</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21 勞工與工業補償金</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22 軍人養家費</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>23 其他（請說明）</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">24 您是否需要協助，以便支付您為其辦理申請手續的任何一名子女在最近三個月內未付的醫療費？</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">若「是」，請隨附上述月份的全部家庭收入文件副本，供我們審閱。</td> </tr> </tbody> </table>	其他家庭收入	最近 30 天的收入金額	這是哪一位家庭成員掙得的收入？	15 子女撫養費	\$ _____		16 贍養費	\$ _____		17 社會安全保險金	\$ _____		18 失業救濟金	\$ _____		19 投資收入/利息/股息	\$ _____		20 退役軍人福利金	\$ _____		21 勞工與工業補償金	\$ _____		22 軍人養家費	\$ _____		23 其他（請說明）	\$ _____		24 您是否需要協助，以便支付您為其辦理申請手續的任何一名子女在最近三個月內未付的醫療費？			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			若「是」，請隨附上述月份的全部家庭收入文件副本，供我們審閱。		
其他家庭收入	最近 30 天的收入金額	這是哪一位家庭成員掙得的收入？																																						
15 子女撫養費	\$ _____																																							
16 贍養費	\$ _____																																							
17 社會安全保險金	\$ _____																																							
18 失業救濟金	\$ _____																																							
19 投資收入/利息/股息	\$ _____																																							
20 退役軍人福利金	\$ _____																																							
21 勞工與工業補償金	\$ _____																																							
22 軍人養家費	\$ _____																																							
23 其他（請說明）	\$ _____																																							
24 您是否需要協助，以便支付您為其辦理申請手續的任何一名子女在最近三個月內未付的醫療費？																																								
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>																																								
若「是」，請隨附上述月份的全部家庭收入文件副本，供我們審閱。																																								

健康保險資料 請告知我們您的孩子已擁有的健康保險。

<p>25 A 您為其辦理申請手續的子女中是否有人已有健康保險？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>25 B 若「是」，該項保險是否承保醫生、醫院、X 光照射（放射科）以及化驗服務？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>26 A 在過去 4 個月中，您的子女是否獲得與工作有關的健康保險之承保？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>26 B 若「是」，您每月為被撫養者支付的保險費是否少於 \$50？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>												
<p>27 若您對以上任何問題（25a 或 b 或 26a 或 b）回答「是」，請列出為您子女提供健康保險的保險公司或僱主的名稱。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>保險公司或僱主</th> <th>保單號碼</th> <th>投保人姓名</th> <th>投保人的社會安全號碼（可選）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				保險公司或僱主	保單號碼	投保人姓名	投保人的社會安全號碼（可選）								
保險公司或僱主	保單號碼	投保人姓名	投保人的社會安全號碼（可選）												

兒童的種族背景（自願填寫此資料）

<p>請您自願告知我們您子女的種族背景。在審定您的福利資格時，將不考慮這一資料。</p>	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔
	<input type="checkbox"/> 夏威夷本土人或其他太平洋群島居民	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 其他族裔 _____	
<p><small>在「社會與健康服務部」(Department of Social and Health Services) 管理的所有計劃和活動中禁止歧視。不得因種族、膚色、信仰、政治信念、原屬國籍、宗教、年齡、性別或殘障而將任何人排除在計劃和活動外。</small></p>				

在簽名前請仔細閱讀

此申請表格僅用於為您的子女申請醫療福利。若您家中已有人領取或希望領取現金補助、基本食物補助或其他福利，請聯絡您當地的「社會與健康服務部」(DSHS)「社區辦事處」(Community Services Office, 簡稱 CSO)。

- 「社會與健康服務部」可能會要求您證實您所提供的資料，已確定您是否符合申請資格。您可請「社會與健康服務部」協助您獲取證明文件。
- 您所提供的資料可能會由其他州或聯邦政府機構進行審核。我們不會向「移民局」(Immigration and Naturalization Service, 簡稱 INS) 提供這一資料。
- 申請並獲得保健福利，將賦予華盛頓州政府提供任何醫療協助和為任何第三方支付醫療費用的全部權利。
- 「社會與健康服務部」可能會向「兒童簡況免疫追蹤系統」(Child Profile Immunization Tracking System) 透露您孩子的免疫接種史。

<p>聲明並簽名</p> <p>本人已閱讀並理解此申請中的資料。本人聲明，本人已盡我所知，在此申請表格中所提供的資料均屬真實、正確、完整，否則願受偽證罪處罰。</p>	<p>申請人簽名</p> <p>X _____</p> <p style="text-align: right;">日期 _____</p>
--	---

如何遞交

<p>請寄往：</p> <p>Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504-5531</p>	<p>協助：</p> <p>若您需要協助或有疑問，請撥打 1-877-543-7669。</p>
---	---